



Prefeitura do Município de Maringá
Secretaria de Fazenda
Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

Número **19.071**
Código verificação **036-6B4-D30**
Emitido em **15/06/2021 13:21:55**



RPS Nº 19011 Série F de 15/06/2021 Lote 273101

Prestador de Serviços



CNPJ: **23.876.304/0001-12** Inscrição Municipal: 191342
Razão Social: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Nome Fantasia: **HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGÁ S/A**
Endereço: **AVENIDA INDEPENDENCIA, 93, DT 01 A 14, Zona 04**
Município: **MARINGÁ - PR**
Email: **contabilidade@santaritasaude.com.br**

CEP: 87.015-020
Fone: (44) 3041-7312



Tomador de Serviços

CNPJ: **15.116.763/0004-12**
Razão Social: **INSTITUICAO ADVENTISTA SUL BRASILEIRA DE SAUDE**
Endereço: **JULIO DA COSTA, 1447, Bigorilho**
Município: **CURITIBA - PR**
Email: **JADERTINELLI@CLINICAADVENTISTA.ORG.BR**

CEP: 80.730-070
Fone: (41) 3240-2935

Discriminação dos Serviços

CONSULTAS MEDICAS R\$ 56,50 | ISS (%) 2.00 R\$ 1.13 | PIS (%) 0.00 R\$ 0.00 | COFINS (%) 0.00 R\$ 0.00

Valor Total da NFS-e

R\$ 56,50

Item da Lista de Serviços

04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres.

Valor Total Deduções	Desc. Incondicionado	Base de Cálculo	Aliquota (%)	Valor do ISSQN
0,00	0,00	56,50	2,00	1,13
Valor do PIS	Valor da COFINS	Valor do INSS	Valor do IRRF	Valor do CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Retenções	Desc. Condicionado	Valor Líquido	Competência	Resp. Recolhimento do ISS
0,00	0,00	56,50	06/2021	Prestador
Optante Simples	Regime	Situação da NFS-e	Natureza Operação	Município Credor
Não	Normal	Normal	1 - Exigível	Maringá - PR

Outras Informações

Consulte a autenticidade deste documento em <https://ecity.maringa.pr.gov.br>

Entrega: 15/06/2021

85787

Convênio: **59 CLINICA ADVENTISTA - CLAC**

Nota Fiscal

Período		Guia TISS	Guia	Nr.Conta	Atendimento	Origem	Valor
Início	Termo						
24/05/2021	24/05/2021	3340003		3460873	6498039	ANA CAROLINE MARTINS CAR'CLINICA DE ESPECIA	56,50
Total : 1							56,50
Total Geral : 1							56,50

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

2 - Nº Guia no Prestador 6498039000000

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS 000000	3 - Número da Guia Principal
4 - Data de Autorização 15/06/2021	5 - Sentinela 3340003
6 - Data de Validade da Sentinela	7 - Número da Guia Arbulado pela Operadora 3340003

8 - Nome do Beneficiário 114830	9 - Validade da Carteira 01/01/2025	10 - Nome ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO	11 - Número do Cartão Nacional de Saúde	12 - Atendimento a RN N
------------------------------------	--	--	---	----------------------------

13 - Código da Operadora 23876304000112	14 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A
15 - Nome do Profissional Solicitante ANDRE ALBERTI CASADEI	16 - Conselho Profissional 06
17 - Número no Conselho 38632	18 - UF 41
19 - Código CBO 225270	20 - Assinatura do Profissional Solicitante

21 - Carteira de Atendimento 1	22 - Data da Solicitação 15/06/2021	23 - Indicação Clínica
-----------------------------------	--	------------------------

24 - Tabela 25 - Código do Procedimento ou Item Assistencial	26 - Descrição	27 - Ql. Solic. 28 - Ql. Autoriz.
--	----------------	--------------------------------------

29 - Código na Operadora 23876304000112	30 - Nome do Contratado HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A	31 - Código CNES 9365230
--	---	-----------------------------

32 - Tipo Atendimento 04	33 - Indicação de Acidente (Acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta 2	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
-----------------------------	---	----------------------------	--

36 - Data 37-Hr. Inicial 38-Hr. Final 39-Tabela 40-Procedimento 41-Descrição 1 24/05/2021 09:02 09:02 22 10101012 CONSULTA EM CONSULTÓRIO (NO HORARIO NORMAL OU PREE	42-Qlde. 43-Via 44-Tec. 45-Fator R/Acr 46-Valor Unitário 47-Valor Total 001 1.0 56.50 56.50
---	--

Identificação do(a) Profissional(s) Executante(s) 48-Sq. Ref. 49-Gr. Part 50-Cód na operadora/CPF 51-Nome do Profissional 1 12 23876304000112 ANDRE ALBERTI CASADEI	52-Conselho Prof 53-Número no Conselho 54-UF 55-Código CBO 06 38632 41 225270
---	--

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 1 - / / 2 - / / 3 - / / 4 - / / 5 - / / 6 - / / 7 - / / 8 - / / 9 - / / 10 - / /
--

58 - Observação / Justificativa

59 - Total de Procedimentos (R\$) 56.50	60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 0.00	61 - Total de Materiais (R\$) 0.00	62 - Total de OPME (R\$) 0.00	63 - Total de Medicamentos (R\$) 0.00	64 - Total Geral (R\$) 56.50
--	--	---------------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------

2460872



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT

2 - Nº Guia no Prestador 6498039

Folha: 1 / 1

1 - Registro ANS
000000

3 - Nr. Guia Principal

4 - Data de Autorização

5 - Senha

6 - Data Validade da Senha

7 - Número da Guia Atribuído pelo Operadora

8 - Número da Carteira
114830

9 - Validade da Carteira

10 - Nome
ANA CAROLINE MARTINS CARVALHO

11 - Número do Cartão Nacional de Saúde

12 - Atendimento a RN
N

Dados do Beneficiário

13 - Código da Operadora
23876304000112

14 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

15 - Nome do Profissional Solicitante
ANDRE ALBERTI CASADEI

16 - Conselho Profissional
6

17 - Número no Conselho
38632

18 - UF
41

19 - Código CBO
225270

20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados

21 - Caracter do Atendimento
1

22 - Data da Solicitação
24/05/2021

23 - Indicação Clínica

24 - Tabela
1 22
25 - Código do Procedimento
10101012
26 - Descrição
Consulta em consultório (no horário normal) ou preestabelecido)

27 - Ql Solto
1
28 - Ql Autoriz
0

Dados do Contrato Excitante

29 - Código na Operadora
23876304000112

30 - Nome do Contratado
HOSPITAL BOM SAMARITANO DE MARINGA S/A

31 - Código CNES
9365230

Dr. André Alberti Casadei
CPF: 03.043.222-522

Dados do Atendimento

32 - Tipo Atendimento
33 - Indicação de Acidente (evento ou doença relacionada)

34 - Tipo de Consulta

35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados

36 - Data
37 - Hr. Inicial
38 - Hr. Final
39 - Tabela
40 - Código do Procedimento
41 - Descrição

42 - Qlde
43 - Via
44 - Têc.

45 - % Red / Acresc
46 - Valor Unitário (R\$)

47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)

48 - Seq. Ref.

49 - Gr. Part

50 - Código na operadora/CPF

51 - Nome do Profissional

52 - Conselho Profissional

53 - Número no Conselho

54 - UF

64 - Código CBO

56 - Data de Realização do Procedimento em Série
1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-

57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observação / Justificativa

59 - Total Procedimentos (R\$)

60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)

61 - Total Taxas de Material (R\$)

62 - Total de OPM (R\$)

63 - Total de Medicamentos (R\$)

64 - Total Gases Médicos (R\$)

65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização

67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACONATO

Data/Hora: 24/05/2021 09:03:51

Contato: 6498039

Atendimento: 6498039

Contato: INST ADVERTIS/ALAP

6498039

AUTORIZAÇÃO DE RETORNO

6498039



Aluno: Ana Caroline Martins Carvalho
Nº da Carteirinha: 11.4.830
Instituição: IAP - Ensino Superior

Data de Nascimento: 28/10/1999

Nº da Guia: 3340.003

Data do Retorno	Horário	Local	Atividade
08/05/2021	22:04:00	Ginásio	Eventos esportivos (Ex.: campeonatos)

O que aconteceu

Partes do corpo

Choque com dispositivo fixo (Ex.: bateu na parede, carteira)

Ombro Direito

Descrição

Em jogo de futsal, ao defender a bola fez movimento de rotação com ombro Direito. Possível luxação de MSD. Apresenta deformidade. SIC, relata que já é a terceira vez que ocorre luxação no mesmo local.

Testemunha da ocorrência

Telefone

Gilberto Júnior

51982703529

Quem prestou primeiros socorros

Data

Gilberto Júnior

08/05/2021

Local de atendimento

Endereço

Nº

Bairro

Telefone

Hsr - Hospital Bom Samaritano de Maringá

31, Av. Independência

3

Zona 04

(44) 3220-6000

Motivo do Retorno

Retorno da aluna ao médico para entrega de exames. no dia 24/05 as 09:00 horas da manhã.

Célia T. D. da Silva
Enfermeira
Coren/PR 000.602.977

Ass.:

Célia Teixeira Damasceno Da Silva

ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENVIADO PARA A CLÍNICA ADVENTISTA DE CURITIBA, PELO PRESTADOR, JUNTAMENTE COM AS CONTAS DE ATENDIMENTO, RELATÓRIO DETALHADO DO ATENDIMENTO, NOTA FISCAL E GUIAS. (Conforme dados abaixo)

Instituição Adventista Sul Brasileira de Saúde / CNPJ: 15.116.763/0004-12
Alameda Júlia da Costa, 1447 - Bigorilho - Curitiba - Paraná - 80730-070
Fone (41) 3240-2931 e (41) 99519-9118
assistenciamedica@clinicaadventista.org.br / curitiba.clinicaadventista.org.br

Impresso por: Célia Teixeira Damasceno Da Silva

1 de 1

21/05/2021